Was versteht das Invalidenversicherungsgesetz unter „andere Gebrechen" (§ 5 Abs. 4)?

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät der Universität Rostock

vorgelegt von

Georg Finck,
prakt. Arzt in Krakow i. M.

Rostock.
H. WINTERBERG'S BUCHDRUCKEREI.
1904.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock.

Referent: Professor Dr. Martius.

Unter den Deutschen sozial-politischen Gesetzen des vorigen Jahrhunderts nimmt das »Gesetz betr. die Invaliditäts- und Alters-Versicherung« vom 22. Juni 1889 eine hervorragende Stelle ein. Anfänglich wohl das unbeliebteste und unpopulärste der drei grossen sozial-politischen Gesetze, fängt es jetzt an, immer mehr anerkannt und in seiner eminenten praktischen Bedeutung gewürdigt zu werden. Dieser Umschwung der allgemeinen Stimmung findet schon darin seinen Ausdruck, dass, während das ursprüngliche Gesetz im Jahre 1889 im Reichstage nur mühsam eine Majorität von 21 Stimmen fand, die Novelle vom Jahre 1899 von einem mit mehr als 200 Mitgliedern besetzten Hause fast einstimmig angenommen wurde.

Dieses neue, am 19. Juli 1899 durch das Reichsgesetzblatt Seite 463 ff. bekannt gegebene und am 1. Januar 1901 zur Einführung gelangte Gesetz trägt den einfacheren und kurzen Titel »Invalidenversicherungsgesetz«. Nur mit diesem haben wir es von jener Zeit an zu tun. Es ist nicht meine Aufgabe, hier auf die oft geschilderte und jetzt von allen Seiten genügend anerkannte sozial-politische Bedeutung dieses Gesetzes einzugehen. Sein Zweck und seine segens-

reichen Folgen liegen klar zu tage. Nur auf die Frage, wie weit wir Ärzte an der praktischen Durchführung der Bestimmungen dieses Gesetzes beteiligt sind, will ich etwas näher eingehen. Diese Beteiligung der Ärzte an der Durchführung des Gesetzes erstreckt sich in erster Linie auf die Ausstellung von Attesten über die Erwerbsfähigkeit bezüglich den Gesundheitszustand etwaiger Rentenanwärter. Man hätte erwarten sollen, dass das Gesetz über die Ausstellung dieser Atteste, durch welche die Art und der Grad der Erwerbsunfähigkeit im Einzelfalle festgestellt wird, sowie über die Mitwirkung der Ärzte überhaupt an der Feststellung der Rentenansprüche bestimmte Vorschriften enthalten müsse. Merkwürdigerweise ist das jedoch nicht der Fall. Wie Martius in einem Vortrage »Invalidenversicherungsgesetz und Arzt« (Münchener Med. Wochenschrift 1902) mit Recht hervorhebt, ist es eine für den Arzt geradezu verblüffende Tatsache, wenn er bei näherem Studium des Gesetzes inne wird, dass in demselben die Ausdrücke »Arzt, ärztlich« überhaupt nicht vorkommen. Ärztliche Atteste können im Einzelfalle verlangt werden, nötig sind sie zur Erlangung einer Rente nicht. Im Abschnitt III des Gesetzes, das vom Verfahren handelt, bestimmt § 112 über die Feststellung der Rente in Absatz 2 folgendes: »Die untere Verwaltungsbehörde hat die zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlichen Erhebungen anzustellen und die Verhandlungen mit ihrer gutachtlichen Äusserung dem Vorstand der für ihren Bezirk zuständigen Versicherungsanstalt zu übersenden.« Wie

gelangt die untere Verwaltungsbehörde aber, das ist die Frage, im Einzelfalle zu einer Überzeugung darüber ob Invalidität im Sinne des Gesetzes besteht, d. h. ob nach § 5 die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge von Alter, Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd auf weniger als ein Drittel herabgesetzt ist? Die Antwort lautet, wie Martius hervorhebt, das ist lediglich ihre Sache. Ein ärztliches Gutachten über den körperlichen Zustand des Versicherten, von dem seine Erwerbsunfähigkeit abhängt, ist an sich überhaupt nicht, nach dem Kommentar von von Wödtke nur dann erforderlich, wenn letztere nicht ohnehin (nach dem Augenschein) feststeht. Freilich ist es dem Antragsteller unbenommen, auf eigene Kosten ein ärztliches Attest über seinen körperlichen Zustand und den davon abhängigen Grad seiner Erwerbsfähigkeit bezw. Unfähigkeit beizubringen. Aber abhängig in ihrem Urteil ist die untere Verwaltungsbehörde von diesem ärztl. Atteste keineswegs. Sie hat nach freiem Ermessen zu entscheiden, ob sie ihm beitreten will oder nicht.

Anderseits kann aber auch der Rentenanwärter nicht gezwungen werden, auf seine Kosten ein ärztl. Attest beizubringen. Da nun aber tatsächlich die untere Verwaltungsbehörde und die ihnen zwecks Entscheidung über die Zubilligung der Rente im Einzelfalle beigeordnete, aus Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten zusammengesetzte Kommission allein meist nicht im stande sind, über die körperliche Verfassung des Rentenanwärters ein genügendes Urteil sich zu

bilden, so hat sich von selbst, d. h. gewohnheitsmässig das Verfahren herausgebildet, dass ärztliche Sachverständige zur Beurteilung des Einzelfalles vom medizinischen Standpunkt aus herangezogen werden. Ebenso wie beim Krankenversicherungsgesetz und beim Unfallversicherungsgesetz ist demnach auch beim Invalidenversicherungsgesetz die Beteiligung der Ärzte an der Durchführung desselben eine sehr bedeutsame und an Wichtigkeit immer mehr zunehmende geworden.

Die vielerörtete Frage, ob es im Interesse der Sache liegt, wenn die Versicherungsämter, wozu sie gesetzlich durchaus berechtigt sind, besondere Vertrauensärzte für ihre Zwecke anstellen, oder ob auch für diese die freie Arztwahl das richtige Prinzip darstellt, soll hier nicht weiter erörtert werden. Ich stelle mich, wohl mit der Mehrzahl aller Ärzte, grundsätzlich auf den Standpunkt, dass nur die Durchführung des Prinzips der freien Arztwahl auch den Anforderungen des Invalidenversicherungsgesetzes an die ärztliche Tätigkeit voll und ganz gerecht wird.

Von diesem Standpunkt aus ist es aber notwendig, dass jeder einzelne Arzt, am besten schon während seines Universitätsstudiums, mit dem Sinn und dem Wortlaut des Gesetzes, sowie mit der geeigneten Form, in der entsprechende Atteste auszustellen sind, sich vertraut macht. Von der letzteren Forderung, nämlich formal genügende Atteste zu liefern, wollen wir hier ganz absehen; es liegt zu sehr im eigensten Interesse der Ärzte, auch dieser Seite der Sache gerecht zu werden, als dass sie nicht allmählich lernen sollten,

auch in dieser Beziehung den notwendigen Anforderungen Genüge zu leisten. Viel wichtiger erscheint es, einen anderen mehr prinzipiellen Punkt hervorzuheben, der, wie vielfache Differenzen in der Auffassung des einzelnen Falles zwischen verschiedenen denselben Fall begutachtenden Ärzten beweisen, noch der grundsätzlichen Klärung bedarf. Es handelt sich dabei um folgendes: Nicht selten sind die Fälle, in denen namentlich körperlich schwer arbeitende Männer behaupten, nicht mehr genügend arbeitsfähig zu sein, ohne doch die Altersgrenze erreicht zu haben oder im Sinne der herrschenden Krankheitslehre an einer bestimmten Krankheit oder deren Folgen zu leiden. Wie soll sich der Arzt, zur Begutachtung aufgefordert, einem solchen Rentenanwärter gegenüber verhalten? Ist es notwendig, dass in jedem Einzelfalle als Unterlage der Erwerbsunfähigkeit ein bestimmte typische Krankheit, wie sie in den systematischen Lehrbüchern abgehandelt werden, nachgewiesen werden muss? Viele Ärzte scheinen dieser Ansicht zu sein und sind geneigt, den Rentenanwärter mit seinen Ansprüchen abzuweisen, wenn eine derartig bestimmte Diagnose nicht sich stellen lässt und dabei etwa noch der Versicherte leidlich gut ernährt und muskelkräftig aussieht. Das Gesetz ist jedoch in diesem Punkte viel weniger engherzig. Nach § 15 Abs. 2 des Gesetzes erhält Invalidenrente ohne Rücksicht auf das Lebensalter derjenige Versicherte, welcher im Sinne des § 5 Abs. 4 dauernd erwerbsunfähig ist. Das sind nach § 5 Abs. 4 diejenigen Personen, deren Erwerbsfähigkeit infolge

von Alter, Krankheit oder **anderen Gebrechen** dauernd auf weniger als ein Drittel herabgesetzt ist.

Aus diesem Wortlaut geht klar und deutlich hervor, dass nicht nur Krankheit im engeren oder eigentlichen Sinne des Wortes Voraussetzung der Erwerbsunfähigkeit zu sein braucht, sondern dass diese auch durch Alter oder andere Gebrechen bedingt sein kann.

Am klarsten liegen die Verhältnisse in Betreff des Alters. Gemeint ist selbstverständlich nicht die Altersgrenze an sich, denn nach § 15 Abs. 3 erhält Altersrente an sich, d. h. ohne Rücksicht auf das Vorhandensein von Erwerbsunfähigkeit derjenige Versicherte, welcher das 70ste Lebensjahr vollendet hat. Daher kann, wenn nach § 5 Abs. 4 das Alter an sich Erwerbsunfähigkeit bedingen kann, damit nur eine frühzeitige Seneszenz gemeint sein. Ist es doch eine landläufige Tatsache, dass die geistigen und körperlichen Kräfte des einen viel früher versagen, als die des andern, ohne dass eigentliche Krankheiten mit zu sprechen brauchen. Graf Moltke war über die siebziger Jahre hinaus, als er den Feldzug 1870/71 gewann, während zahllose völlig gesunde Offiziere schon an der Majorsecke scheitern, weil sie schon im vierten Jahrzehnt anfangen, diejenige geistige und körperliche Elastizität vermissen zu lassen, die ihr verantwortungsvoller Beruf im Feldzuge verlangt. Sie sind eben frühzeitig verbraucht. Diese Verhältnisse lassen sich durchaus auf unser Gesetz übertragen. Es gibt körperlich arbeitende Menschen, die mit 70 Jahren

noch voll leistungsfähig sind; ihnen wird auch ohne Rücksicht anf die Frage ihrer Erwerbsfähigkeit die Wohltat des Gesetzes zu Teil, weil sie sich durch ein Leben voll Mühsal und Arbeit den Anspruch auf Erleichterung reichlich verdient haben. Andererseits gibt es Menschen, die schon und zwar ohne eigentlich krank gewesen zu sein, um die sechziger Jahre herum körperlich so verbraucht und abgenutzt sind, dass ihnen die früheren Leistungen eben nicht mehr zugemutet werden können. Man denke an die vielen Arbeiterfrauen, die bei schnell aufeinanderfolgenden zahlreichen Wochenbetten nie in der Lage waren, sich genügend zu schonen, vielmehr im härtesten Kampf um die Existenz immer wieder in kürzester Frist nach der Entbindung schwerste Arbeit leisten mussten. Viele von ihnen sind schon mit 50 bis 60 Jahren völlig verbraucht.

Nur auf den Nachweis der bereits bestehenden Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes kommt es in solchen Fällen an, nicht auf den Nachweis einer die Erwerbsunfähigkeit bedingenden Krankheit.

Aber das Gesetz geht noch weiter. Es lässt ausser Alter und Krankheit auch noch andere Gebrechen als Ursache dauernder Erwerbsunfähigkeit zu. Was sind andere Gebrechen? Selbstverständlich können damit nicht von Geburt oder wenigstens von früh an bestehende körperliche oder geistige Defekte und Mängel, wie etwa cerebrale Kinderlähmung oder Idiotie gemeint sein, denn diese haben ja niemals eine völlige Erwerbsfähigkeit zugelassen. Es muss sich

also um Gebrechen handeln, die sich, ohne dass eine eigentliche Krankheit vorausgegangen wäre, während der Lebensarbeit und durch dieselbe entwickelt haben. Und derartige Zustände kennt die Pathologie in der Tat. Es handelt sich um ganz allmählich sich entwickelnde Abnutzungsprozesse der Organe, die schliesslich einzeln oder in ihrer Kombination derartige funktionelle Schädigungen herbeiführen, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Organismus unter die vom Gesetz geforderte Grenze sinkt. Ich will versuchen, an der Hand praktischer Erfahrungen und auf Grund der in der Litteratur niedergelegten Angaben, eine Reihe derjenigen Abnutzungsprozesse einzelner Organe genauer zu schildern, die im Sinne des Gesetzes unter den Begriff »andere Gebrechen« fallen und demnach ohne eigentliche vorausgegangene Krankheit Invalidität bedingen können.

Ich beschränke mich auf die Untersuchung

1. des Gefässsystems,
2. des Atmungsapparates, und
3. des Bewegungsapparates.

1. Gefässsystem.

Nicht ohne Absicht stellen wir den Gefässapparat an die Spitze unserer Betrachtungen. Denn hier entwickelt sich einmal der häufigste und bestbekannteste Abnutzungsprozess überhaupt und andererseits ist dieser Zustand von weittragenstem Einfluss auf die Zirkulationsverhältnisse aller Organe. Wir meinen den im höheren Alter sich physiologisch in der Regel aus-

bildenden, unter den Namen der Arteriosklerose allbekannten Vorgang im Blutgefässsystem, den Abnutzungsprozess Κατ'ἐξοχήν. Die Wechselbeziehung, in welcher Arteriosklerose und körperliche Kraft stehen, ist eine Tatsache, auf welche jeder Autor und jedes Lehrbuch hinweist. Es leuchtet ja auch ein, dass jede selbst die geringste Muskeltätigkeit von Einfluss auf das Herz sein muss, ja hier gewissermassen ihren Resonanzboden findet und von ihm aus auf die Gefässe weiter flutet.

Ohne zunächst auf das Wesen dieses Prozesses näher einzugehen, will ich hier die Aussprüche einiger Autoren anführen, welche den Ruf der Arteriosklerose als Alters- und Abnutzungsvorgang festlegen.

In seinem Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie beschreibt Strümpell im III. Abschnitt (Erkrankungen der Gefässe) zuerst die Arteriosklerose und beginnt hier mit folgenden einleitenden Worten: »Die atheromatöse Entartung ist in den meisten Fällen wahrscheinlich der Ausdruck für die Abnutzung der Arterien in Folge der zahlreichen chemischen und mechanischen Schädlichkeiten, welchen die Intima ausgesetzt ist. Daher ist das Arterienatherom in erster Linie eine Altersveränderung und wird als solche oft garnicht zu den eigentlichen Krankheiten gerechnet.«

In ähnlichem Sinne äussert sich Jürgensen in seinem Lehrbuch über die Entstehung der Arteriosklerose, indem er neben den aetiologisch bekannten Momenten des höheren Lebensalters und des männ-

lichen Geschlechts als veranlassende Ursache schwere, jahrelang fortgesetzte körperliche Überanstrengung annimmt.

Nach Bäumler — Arteriosclerose, Penzold und Stinbring Handbuch der speziellen Therapie — sind, nach den am Leichentisch zu machenden Beobachtungen Krankheiten der Arterien ungemein häufig. »Beruht doch auf ihnen vor allem«, wie er ausführt »ein grosser Teil der Veränderungen, welche beim Altern sich langsam an den Organen einstellen und zum Schwund der Gewebe, im höchsten Grade zu allgemeinem Marasmus führen.«

»Vielfach werden die Veränderungen der Arteriosklerose, auch die oben geschilderten, groben Veränderungen in der Aorta als reine Altersveränderungen angesehen.«

Er unterscheidet weiter zwischen der »herdweisen Erkrankung« und einer allgemeinen, gleichmässigen, aber an sich unbedeutenden Verdickung der Gefässwände durch Bindegewebe, welche das Analogon der senilen Veränderungen sei, wie wir sie an der Haut und anderen Geweben als Altersveränderungen auftreten sehen. Diese senile Gefässveränderung, eine Sklerosierung geringen Grades, wirkt selbstverständlich auf den Gesammtkreislauf und somit auf das Herz zurück.

Bei der Aetiologie unterscheidet er für die herdweisen Erkrankungen der Arterien das infektiöse und das traumatische Moment, für die diffuse Arteriosklerose das mechanische, das toxische oder infektiös-

toxische u. s. w. Als traumatisches Moment »kommen in Betracht, plötzliche Dehnungen bei vorübergehender bedeutender Steigerung des Blutdrucks, wie beim Heben schwerer Lasten oder anderen plötzlichen grossen körperlichen Anstrengungen.«

»Bei den Landleuten spielt eine andere Ursache die Hauptrolle, nämlich die anhaltende starke körperliche Arbeit. Diese ist auch nächst dem übermässigen Genuss alkoholischer Getränke die Hauptursache der grösseren Häufigkeit der Arteriosklerose beim männlichen Geschlecht. Nicht sowohl vorübergehende, bedeutende Kraftleistungen, wie sie bei plötzlicher Lebensgefahr, namentlich aber bei gymnastischen Übungen und allerlei Sport, besonders dem Rudersport, vorkommen können, sondern die anhaltende, durch zu kurze Ruhepausen unterbrochene Muskeltätigkeit, wie sie bei Schmieden, Erdarbeitern, Lastträgern geübt wird, ist hier das die Arterien Schädigende. Wohl kann eine einzelne grosse Muskelanstrengung durch die damit verbundene plötzliche und erhebliche Blutdrucksteigerung da und dort schädigen, eine örtliche Überdehnung der Media an der Aorta hervorbringen und den Grund zu späteren Erkrankungen an dieser Stelle legen. Aber die zahlreichen Krankheitsherde in der Arterienwand und die diffuse Sklerosierung im ganzen Arterienszstem kommt nur durch die lange, ohne genügende Pausen fortgesetzte übermässige Muskeltätigkeit, bei welcher durch die Kompression der zahlreichen Muskelgefässe der Blutdruck erheblich

gesteigert, die Herztätigkeit beschleunigt wird, zu stande.«

Und endlich; »das häufig sich wiederholende bedeutsnde Schwankungen in der Gefässweite, wie sie unter Einfluss der Hitze bei Heizern, Bäckern u. s. w. vorkommen, allmählich eine Ernährungsstörung in den Gefässwandungen herbeizuführen vermögen, kann kaum bezweifelt werden.

Auch die mit gemütlichen und anderen nervösen Aufregungen einhergehenden Blutwallungen im ganzen Körper oder in einzelnen Gefässbezirken (Herz, Gehirn) mögen bei sehr häufiger Wiederholung nicht ohne Einfluss auf die Ernährung der Gefässwände bleiben.« — Bei einem anderen Autor, Windscheit (Beziehungen der Arteriosklerose zu Erkrankungen des Gehirns) finde ich folgende Angaben:

»Am bekanntesten auch für den Laien ist die Entstehung der Arteriosklerose durch das höhere Lebensalter ungefähr um das fünfzigste Jahr herum. In der Tat findet man bei Leuten, welche diese Altersgrenze überschritten haben, fast immer einen arteriosklerotischen Zustand ihrer Gefässe.«

Einen sehr grossen Einfluss auf die Entstehung der Arteriosklerose hat fernerhin zweifellos die schwere körperliche Arbeit. Es ist dies eine Tatsache, die meiner Ansicht nach noch viel zu wenig bekannt ist. Achtet man aber bei den Angehörigen der körperlich arbeitenden Stände auf die Gefässe, so wird man oft Arteriosklerose vorfinden. Die Entstehung dürfte noch nicht ganz einwandsfrei erklärt sein. Man hat

darauf hingewiesen, dass etwa $^1/_3$ der gesamt Menge des Blutes in den Muskeln sich befindet. Jede Muskelbewegung muss daher auf die Zirkulationsverhältnisse wirken und eine Schädigung derselben herbeiführen, wenn die Muskelbewegung abnorm stark ist. Zum Ausgleich der Störung wird das Herz herangezogen, ebenso aber auch die Gefässe, welche dadurch einer arteriosklerotischen Veränderung anheimfallen. (Schrötter.)

Die abnorme Muskelarbeit kann sich nicht nur im Beruf zeigen, sondern auch, und das möchte ich ganz besonders betonen, in abnormen sportlichen Leistungen, wie sie in unserem bewegungslustigen Zeitalter nicht gar so selten an der Tagesordnung sind. Radler, Turner, Ruderer und andere Sportleute mehr, fallen durch die Überanstrengung der Arteriosklerose anheim.

Die erwähnten beiden Momente der körperlichen Überanstrengung erklären es, warum man so schwere Arteriosklerose bei relativ jungen Leuten sieht. Ein Nachforschen nach den erwähnten Gesichtspunkten wird sehr häufig ein positives Resultat in dieser Beziehung geben. Dementsprechend sehen wir gerade auf dem Lande viel Arteriosklerose durch schwere Arbeit und das Gleiche ist neulich von Hamburg berichtet worden u. s. w. Grassmann lässt sich in seiner Abhandlung »Über neue klinische Gesichtspunkte in der Lehre von der Arteriosklerose« folgendermassen aus: »Die Ätiologie dieser für das Menschengeschlecht so wichtigen Krankheit ist auch heute noch sehr in Dunkel gehüllt. Wenn die letzten Jahre hierin einen

gewissen Fortschritt gebracht haben, so besteht er darin, dass man die Bedeutung der einzelnen ätiologischen Faktoren, die ihrer Mehrzahl nach auch schon früher als solche gelten, wissenschaftlicher zu bestimmen sucht, z. B. den Faktor der Erblichkeit, der schweren körperlichen Arbeit.

»Durch den längeren Gebrauch, »das Leben,« wird die elastische Media besonders abgenutzt u. s. w.«

»Seit Decenien werden höhere Lebensalter, Alkoholismus, Gicht, Rheumatismus, chronische Nierenkrankheiten, Zugehörigkeit zum männlichen Geschecht, Bleiintoxikation, funktionelle Anstrengungen der Arterien durch schwere körperliche oder psychnische Leistungen und andere als Faktoren angeführt, deren Einfluss auf die Entstehung der Arteriosklerose dem allgemeinen Eindruck nach unzweifelhaft ist u. s. w.«

Unzweifelhaft gehört nach diesen Urteilssprüchen angesehener Autoren die Arteriosklerose in erster Linie in die Reihe der Abnutzungsprozesse des Körpers und setzt, ohne schon Krankheit im eigentlichen Sinne des Wortes zu sein, die Widerstandsfähigkeit und das Arbeitsvermögen, des damit schon im relativ jugendlichem Alter behafteten mehr oder weniger erheblich herab. Für die Abschätzung des Grades der Erwerbsbeschränkung wird wird hier neben der Schwere des Berufs die aus ihren Symptomen nachweisbare Ausbreitung des arteriosklerotischen Prozesses ausschlaggebend sei. So ist eine voll ausgebildete Arteriosklerose bei körperlich schwer arbeitenden Personen von grosser Bedeutung. Derartige Individuen können wohl

das äussere Bild eines gesunden Menschen bieten, sie fühlen sich auch vielleicht längere Zeit erträglich wohl, und doch sind sie, wie die Abnahme der Arbeitskraft und Ausdauer anzeigt, in ihrem körperlichen Leistungsvermögen wesentlich geschwächt. Schleichend machen sich dann die Folgezustände der arteriosklerotischen Veränderung in den einzelnen Organen, wie des Herzens, der Nieren, u. s. w. immer mehr bemerkbar, und drohend schwebt über dem Betreffenden das Gespenst der Apoplexie. Ein solcher Mensch darf seine schwere Arbeit nicht weiter fortsetzen und hat berechtigten Anspruch auf Gewährung der Invalidenrente.

2. Atmungsapparat.

Das Analogon sozusagen der Arteriosklerose am Zirkulationssystem bildet am Respirationsapparat das Volumen pulmonum-auctum. Wir wissen, dass unter diesem von Traube herrührenden Namen nicht die substantive Emphysem im pathalogisch-anatomischen Sinne, sondern lediglich eine Veränderung im physikalischen Zustand der Lungen bezeichnet wird. Es handelt sich dabei um einen durch Überdehnung und durch Elastizitätsverlust der bei der Expektoration wirkenden mechanischen Gewalten bedingte, übermässige, chronische Erweiterung der atmenden Lungenteile. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen sind dabei gering. Das wesentliche ist die Verminderung der Stärke und Vollkommenheit der Lungenelastizität. Volumen pulmonum auctum ist also ein klinischer Be-

griff für einen, wie Krehl in seiner »Pathologischen Physiologie sagt »störenden Zustand, der sich indes, wenn die Ursachen für die Blähung wegfallen, zurückbilden kann.« Er ist also nicht identisch mit dem prognostisch ungünstigeren auf tiefergreifender Alteration des Lungenparenchyms beruhenden Emphysem. Diese Unterscheidung ist somit, um mit Strümpell zu sprechen, anatomisch zweifellos gerechtfertigt, klinisch kann sie freilich nicht streng durchgeführt werden.

Wenn demnach in den folgenden Citaten für Volumen pulmonum auctum häufig Emphysem gesagt wird, so sind hiermit die leichten und mittleren Fälle von Lungenblähung gemeint. Welches sind nun die Ursachen für die Entwickelung dieses Zustandes? Der ausgezeichnete von Strümpell angeführte Vergleich der emphysematösen Lunge mit einem alten, überdehnten Gummibande weist deutlich auf eine echte Alters- oder Abnutzungs-Krankheit hin. Derselbe Autor spricht dies auch wiederholt aus z. B.: »Das Emphysem ist in vielen Fällen eine echte Abnutzungskrankheit der Lungen,« und »Im höheren Alter werden die meisten Lungen, die eine mehr, die andere weniger unelastisch.«

Man rechnet das Altersemphysem der Lungen daher auch mehr zu den Involutionszuständen, welchen fast alle Organe im hohen Alter unterliegen, als zu den eigentlichen pathologischen Veränderungen. Als Ursache kommt vor allem die abnorme Inanspruchnahme der Lungen bei allen denjenigen Berufsarten in Betracht, welche mit einer schweren, körperlichen Arbeit verbunden sind. Nicht nur die hierbei an sich ver-

tiefte und beschleunigte Atmung, sondern auch der verstärkte Exspirationsdruck, dem die Lungen beim Heben schwerer Lasten und dergleichen ausgesetzt sind, müssen in Betracht gezogen werden. So erklärt sich auch die grössere Häufigkeit des Emphysems bei Leuten aus der arbeitenden Klasse, ferner auch die grössere Häufigkeit des Emphysems bei Männern, als bei Frauen. Ausserdem muss aber hier noch hinzugefügt werden, dass bei gewissen Berufsarten (Glasbläsern, Hornbläsern und dergleichen) die Überanstrengung der Lungen noch viel unmittelbarer hervortritt. In allen derartigen Fällen kann das Emphysem als eine frühzeitige Abnutzung der Lungen bezeichnet werden.« In ähnlichem Sinne führt Jürgensen* bei der Besprechung der äusseren Veranlassungen des Emphysems als mechanisches Moment an: »alle durch Berufstätigkeit gegebenen Änderungen des Atmens, durch welche die Lungen wiederholt stärkeren Pressungen ausgesetzt sind.« — Es gehört hierher das öffentliche Reden in grossen Räumen, das Spielen von Blasinstrumenten, das kunstgemässe Ringen; ebenso aber »wirkt anhaltende schwere körperliche Arbeit, wenn dabei nach tiefer Inspiration die Glottis geschlossen und die Bauchpresse angespannt wird — so das Heben von Lasten, die Handwerkstätigkeit der Schmiede, Zimmerleute, Lastträger u. s. w.

Ist demnach das Volumen pulmonum auctum ohne Zweifel als ein früher oder später sich einstellender Alterungsprozess anzusehen, so fragt es sich weiter,

*) Jürgensen »Lungenemphysem«, Penzoldt-Stintzing Handb.

ob dieser Zustand eine Invalidisierung seines Trägers bedingen kann. Das ist entschieden zu bejahen. Natürlich ist dieser Ausspruch cum grano salis zu nehmen. Wie nicht die Artierosklerose gemeinhin den Menschen invalide zu machen braucht, so gilt das selbstverständlich ebenso wenig von der chronischen Lungenblähung. Aber die subjektiven Beschwerden im Verein mit der Art des Berufs können und müssen unter Umständen zu dem Erachten führen, dass eine Arbeitsinvalidität vorliegt. Durch den Blähungszustand der Lungen ist eine Kurzatmigkeit gegeben, welche bei den betreffenden Individuen je nach der Art ihrer körperlichen Tätigkeit mehr oder weniger hohe Grad erreicht. In der Ruhe empfinden die Personen die Erschwerung ihrer Respiation wenig; sobald sie aber anfangen, sich körperlich anzustrengen, versagt das Atmungsgeschäft und es tritt Dyspnoe ein. Bedenkt man ferner die Rückwirkung, welche die Lungenerweiterung auf andere Orgnne, wie den Kreislaufapparat ausübt, dessen Herz hauptsächlich in Mitleidenschaft gezogen wird, so kommt man um so mehr zu der Überzeugung, dass Volumen pulmon. auct. recht wohl unter die Abnutzungsaffektion zu rechnen ist, welche zur Invalidisierung führen können und um so mehr noch, wenn es sich, wie bei Musikern u. a. um Leute handelt, welche in Ausübung ihres Berufes auf ihre Lungen vornehmlich angewiesen sind. Auch hier liegt also nicht eine eigentliche Krankeit vor, sondern es handelt sich um ohne gröbere anatomische Läsionen einhergehende vorzeitige Funktionsstörung.

3. Stütz- und Bewegungsapparat.

Bei den Störungen im Gebiete dieser Teile, also der Knochen, Gelenke, Bänder Nerven und Muskeln geraten wir schon auf das Grenzgebiet, wo die Unterscheidung zwischen nicht eigentlich krank und wirklich krank in des Wortes Bedeutung zuweilen schwer wird. Die Litteratur kommt uns hier sehr wenig zu Hilfe, aber welchem Praktiker, der viel Invalidenatteste zu schreiben hat, sind nicht zum Beispiel jene Fälle geläufig, wo die Patienten über eine gewisse Steifigkeit in einem oder mehreren Gelenken klagen, die bei Bewegung auftritt und diese nicht unwesentlich behindert. Ein eben wahrnehmbares Knarren bei der passiven Bewegung des Gelenks zeigt, dass hier nicht alles in Ordnung ist, dass die Gelenkflächen anfangen, rauh zu werden, dass möglicherweise eine chronische Arthritis auf dem Wege ist. Der Muskeltomus ist herab gesetzt, die Muskulatur dünner und welker. Handelt es sich in diesen Fällen um körperlich schwer arbeitende Menschen, die von der Beweglichkeit ihrer Glieder tagaus tagein einen ausgiebigen Gebrauch machen müssen, die zudem noch häufig Erkältungen und Durchnässungen in ihrem Beruf ausgesetzt sind, so wird man, unter Erwägung aller in Frage kommenden Momente nicht anstehen dürfen, die betreffende Person — eine Wäscherin z. B. — für invalide zu erklären, obwohl ein eigentliches Krankheitsbild nicht vorliegt.

Aber nicht nur für die Ausführung willkürlicher Bewegungen macht sich diese Starre im Knochen- und Muskelsystem in schädigendem Sinne geltend. Ich er-

innere z. B. nur an den Einfluss des Thoraxblaues auf die Atmungsbewegungen und die Rück-wirkungen der Starre und des Elastizitätsverlustes des Brustkorbes auf die Ausbildung und Verschlimmerung des Volumen pulmonum auctum.

Auch die Zirkulationsverhältnisse leiden, Stauungserscheinungen sind die Folge. Trägheit der Darmentleerung stellt sich ein. Die Activitätsbehinderung führt zur Volumabnahme in den Muskeln, und so bildet sich ein Komglomerat von Erscheinungen heraus, die nicht Symtome einer Krankheit sind, welche vielmehr als eine Abnahme und Schwächung der Organkräfte, als vorzeitige Alterung aufzufassen sind. Zu derartigen, durch übermässige Inanspruchnahme verursachten Abnutzungszuständen sind auch jene Berufsatrophien gewisser Muskelgebiete bei schwer arbeitender Leuten zu rechnen, wie der Schwund der Händemuskelatur bei Schmieden. Hier hat man es ebenfalls nicht mit einer »Krankheit« zu tun, und doch wird man derartigen vor der Zeit in ihren beruflich inanspruchgenommenen Organen durch körperliche Arbeit schwer geschädigten die Rente unter Umständen nicht verweigern können. Nicht unerwähnt mögen endlich die funktionellen Myapothien bleiben. In seiner lesenswerten Arbeit über die Behandlung funktioneller Myopathien weist Rosenbach* gleich in der Einleitung darauf hin, wie stiefmütterlich das Thema Muskelerkrankungen in den Vorlesungen behandelt würde, wie abgesehen von schweren,

*) Rosenbach: Behandlung funktioneller Myopathien: Therapie d. Gegenwart. Heft 4, 1903.

zur Atrophie oder Lähmungen führenden pathologischen Muskelveränderungen höchstens der Hexenschuss und der Muskelrheumatismus ein dankbares Objekt der Therapie waren, die aber beide nicht als der klinischen Vorstellung würdige Objekte gelten.« Und warum? Weil die Menschen recht eigentlich krank an ihnen nicht sind. Rosenbach weist dann im Weiteren auf die grosse Häufigkeit derartiger Myalgien hin, die oft unter dem Bilde rein nervöser Erkrankungen als »Störungen im Verdauungsapparat, haemorrhoidale Erkrankung, Migräne, reizbare Muskelschwäche bei Neurasthenie, Pleuritis, Kardialgie, pseudostenokardische oder asthmatische Anfälle, permanente oder periodische Schmerzhaftigkeit des Unterhautzell- oder Fettgewebes auftreten. Eine scharfe Diagnose wird in diesen Fällen oft Klarheit schaffen und auch den nicht als richtige Krankheit geltenden, funktionellen Muskelstörungen im konkreten Fall die Rente zuerkennen. Ich möchte hier eine Muskelaffektion noch besonders hervorheben, welche bei Arbeitern in mittleren Jahren nicht selten angetroffen wird, nämlich die Muskelsteifigkeit des Erector trunci. Strümpell sagt hiervon, dass sie oft auf zu starke Muskelüberanstrengungen, also auf schwere körperliche Arbeit zurückzuführen, und ferner, dass sie bei Personen, welche ihr Leben lang viel im Freien, ohne Rücksicht auf Wind und Wetter zugebracht haben, zu finden ist, welcher Ansicht sich Martius auf Grund eigener Erfahrungen, wie er mir sagte, durchaus anschliesst. Diese Affektion hemmt die Betroffenen in ihrer Arbeitsfähigkeit schwer. mehr

als man gemeinhin zu glauben pflegt, und mehrere Male sind hauptsächlich auf Grund dieser Funktionsstörung Personen von der medizinischen Poliklinik in Rostock aus invalidisiert worden, nachdem sich herausgestellt hatte, dass auch die Wahl eines leichteren Berufs ohne Einfluss auf den Zustand geblieben war.

Ziehen wir kurz den Schluss unserer Betrachtung, so können wir die Frage: »Welche Menschen können für invalide im Sinne des Gesetzes erachtet werden, ohne eigentlich krank zu sein, oder das gesetzliche Alter zu haben«, dahin beantworten: Diejenigen, welche an Gebrechen leiden, die durch Abnutzung oder vorzeitiges Senium entstanden sind.

Und zwar kommen dabei besonders in Betracht:

1. beginnende Arteriosklerose,
2. des Volumen pulmun auctum, sowie
3. Störungen im Stütz- und Bewegungsapparat.

Wenn wir diese drei Kategorien in den Vordergrund unserer Erörterungen gestellt haben, so entspricht das der Erfahrungstatsache, dass bei der in Frage kommenden Invalidisierung von Personen diese Zustände vornehmlich angetroffen werden. Und zwar, was sehr wichtig ist, findet man in der Regel nicht etwa eines dieser Symptome allein, sondern sie pflegen sich unter sich oder mit anderen, weiter unten zu nennenden Alters- und Abnutzungserscheinungen zu kombinieren. So sagt z. B. Strümpell: »Lungenemphysem mit seinen Folgezuständen als einziger Sektionsbefund ist ein verhältnismässig seltenes Vorkommen. Sepr gewöhnlich finden sich in der Leiche gleichzeitig

chronische Herz-, Gefäss- oder Nierenerkrankungen als echte Abnutzungskrankheiten des alternden Körpers.«

Ein Beispiel aus der Praxis mag dies erläutern:

J. P., 61 Jahr, Arbeiter, bittet um Ausstellung eines Invalidenattestes, weil sich seit einiger Zeit in zunehmendem Maasse schon bei leichterer Beschäftigung Atemnot einstellt. Die objektive Untersuchung ergiebt die Zeichen des Volumen pulmum auctum, einer Arteriosklerose und leichte kyphotische Verbiegung der Wirbelsäule. Ausserdem bestehen geringe Ödeme an beiden Unterschenkeln. Alles dies involviert noch keine Krankheit, es sind nur Symptome einer vorgeschrittenen Abnutzung. In diesem Sinne sind auch die Ödeme aufzufassen, die nicht der Ausdruck einer Nierenkrankheit, sondern vielmehr Folge einer Zirkulationsstörung im kleinen Kreislauf sind. Diese Zirkulationsstörung ist bedingt durch Herzschwäche, welche letztere durch die dem Herzen wegen des Volumen pulmounm auctum aufgelegte Mehrarbeit mitverursacht wird, und zu welcher das Herz schon wegen der Arteriosklerose neigt. Wenn nun auch bei zweckentsprechender Pflege und Behandlung die Ödeme sich zurückbilden würden, so sind doch die den Hydrops veranlassenden Veränderungen dauernd und nicht zu beseitigen, höchstens nur vorübergehend zu bessern.

Aus diesem Grunde ist die Zuerkennung der Invaliditätsrente infolge dieses nicht so sehr kranken, als vielmehr vorzeitig abgenutzten Körperzustandes an den J. P. durchaus berechtigt.

Unter Berücksichtigung der Gesamtheit und des Grades der vorliegenden Abnutzungsveränderungen zusammen mit der Art des Berufs wird die Entscheidung in derartigen Fällen, wie man hoffen darf, wohl derartig ausfallen, dass selbst mehrere Gutachter zu nicht wesentlich von einander abweichenden Urteilen mehr gelangen.

Die genannten Zustände von Alterung und physischer Schwächung sind nun nicht die einzigen Abnutzungserscheinungen, welche bei der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit ausschlaggebend sind. Auch die anderen Organsysteme liefern ihren Anteil, und wir wollen hier wenigstens einige noch erwähnen.

Bei den Nieren macht sich die Abnutzung in Form der sogenannten Alters-Atrophie und Granulierung bemerkbar, als deren klinisches Symptom eine leichte Albuminurie auftreten kann. Dass diese Eiweissausscheidung für die Leistungsfähigkeit des Organismus von nicht geringer Bedeutung ist, wird Niemand bestreiten. Ohne, dass auch dieses Symptom der Ausdruck einer richtigen wirklichen Krankheit ist, muss man doch bei der Invalidisierung mit diesem schädigenden Moment rechnen. In anderen Fällen kann Herabsetzung des allgemeinen Kräfte- und Ernährungszustandes es sein, auf Grund dessen die Erwerbsfähigkeit des Betreffenden bis zum Grade der Invalidität reduziert ist. Hier brauchen keine objektiv nachweisbaren Krankheitszeichen vorzuliegen. Oft sind die Ursachen des Erschöpfungszustandes überhaupt nicht zu ermitteln, zuweilen haben früher überstandene

Krankheiten zu der bleibenden Schwächung geführt. In anderen Fällen wird der Arzt in ungünstigen sozialen Lebensverhältnissen der Betreffenden, Anhaltspunkte für ihre geschwächte Gesundheit finden, insofern als Krankheit, Trunksucht, Alkoholismus, schlechte Wohnungsverhältnisse u. s. w. die Familie wirtschaftlich und gesundheitlich heruntergebracht haben und hierdurch ein Übermaass von Arbeitsleistung an den Ernährer gestellt worden ist. Zuweilen zeigen sich bei derartigen Individuen aus der allgemeinen Macies herzuleitende hydropische Erscheinungen, Ödeme der Beine, welche anfangs nach nächtlicher Bettruhe morgens noch wieder verschwinden, bald aber mit zu nehmender allgemeiner Körperschwächung bei gleichzeitiger Fortsetzung der anstrengenden Arbeit dauernd bleiben.

Zu der so geschaffenen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit trägt weiter eine allmählich zunehmende Verschlechterung der Blutbeschaffenheit bei, bei der sich durch die mikroskopische Untersuchung ein pathologischer Blutbefund im Sinne schwerer anaemischer Zustände (kernhaltige rote Blutkörperchen u. s. w.) noch nicht erheben lässt, die aber doch ihrerseits eine Schädigung aller Organe des Körpers im Gefolge hat. Die Beschwerden dieser Leute, die leichte Ermüdbarkeit, das allgemeine Schwächegefühl, Kurzatmigkeit und sich sonst einstellende Klagen, wie Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Darmträgheit, führen dazu, dass die Betreffenden Arbeiten, welche sie früher ohne grosse Anstrengung ausüben konnten, in ihrem jetzigen Zustande gar nicht

mehr, oder nur unter Aufwendung aller Kraft und Energie zu vollbringen im Stande sind. Dass diese Leute von dem gänzlichen Aufbrauch ihrer Reservekräfte, von dem völligen Versagen der Leistungsfähigkeit nun nicht mehr weit entfernt sind, liegt auf Hand. So muss es einleuchten, dass man mit vollem Recht, solche Individuen invalidisieren muss, obwohl die ausgesprochenen Symptome einer typischen Krankheit fehlen.

Um dies an einem konkreten Fall zu erläulern, stelle man sich z. B. eine durch zahlreiche und schnell aufeinander folgende Wochenbetten, harte Arbeit und Sorgen körperlich schwer heruntergekommene Frau vor. Bei der Untersuchung findet man einen schlechten Kräfte- und Ernährungszustand; die Muskulatur ist dünn und schlaff, das Fettpolster fast ganz geschwunden. Die Gesichtsfarbe ist blass, die Bauchdecken sind schlaff; an beiden Beinen zeigen sich Varicen und leichte Ödeme. Es wäre doch eine Ungerechtigkeit und Härte, wenn man dieser Armen, deren körperliche Minderwertigkeit auch trotz des Fehlens von eigentlichen Krankheitszeichen ersichtlich ist, die Vergünstigung des Gesetzes vorenthalten wollte.

Nach diesen Auseinandersetzungen glaube ich einen Überblick geschaffen und einen Anhalt gegeben zu haben, nach welchen Grundsätzen der ärztliche Gutachter zu verfahren hat, um Leute, welche nicht eigentlich in des Wortes Bedeutung krank zu sein

brauchen, dennoch invalidisieren zu können und zu müssen.

Mit weisem Vorbedacht hat der Gesetzgeber »Alter« und »andere Gebrechen« als der »Krankheit« gleichwertige Faktoren der Erwerbsunfähigkeit hingestellt. Wenn die Ärzte von dieser wichtigen Bestimmung bei ihrer Beurteilung der Arbeitsinvalidität mehr, als es bisher geschehen ist, den geeigneten Gebrauch machen wollten, dann darf man wohl der Hoffnung Raum geben, dass die bisher vielfach hervorgetretenen Gegensätze und Unsicherheiten in der ärztlichen Beurteilung solcher Fälle mehr und mehr aufhören werden — zum Segen der Rentenanwärter und zum Vorteil des ärztlichen Ansehens.

Lebenslauf.

Ich Georg Paul Otto Finck wurde am 26. XI. 1869 zu Prossen Kreis Kolmar i. P. als ältester Sohn des Rittergutspächters Franz Finck und seiner Ehefrau Margarethe, geborene Walter, geboren. Den ersten Schulunterricht erhielt ich im Elternhause durch Hauslehrer. Mit meinem 10. Lebensjahr kam ich auf das Gymnasium zu Schneidemühl, das ich im Jahre 1890 nach abgelegtem Reifeexamen verliess. Ostern 1890 bezog ich die Universität Marburg — und bestand im März d. J. hier das Physikum — Ostern 1892 Berlin, hier diente ich gleichzeitig das Halbjahr mit der Waffe beim 3. Garde-Regt. z. F. Oktober 1892 ging ich nach Breslau und Oktober 1893 nach Leipzig. Ostern 1895 bestand ich hier die ärztliche Staatsprüfung. Vom 1. Juli 1895 bis 31. Dezember 1895 stand ich als Einj.-Freiw.-Arzt beim 2. Garde-Ulanen-Regt. in Berlin. Seit dem 11. I. 1896 bin ich als prakt. Arzt in Krakow tätig.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Martius für die Anregung zu dieser Arbeit und die liebenswürdige, mir zu teil gewordene Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.